

給付支給決定並びに支出伺										伺年月日			
常務理事		事務長		担当者						円			
						支給額				決裁年月日			
										自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間			
<input type="checkbox"/> 本人 (7割) <input type="checkbox"/> 家族 (7割) <input type="checkbox"/> 六未 (8割)		計算		※眼鏡支給額上限 (36,700円×1.048)						種別		<input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 医療費 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 訪問看護	

被保険者・家族療養費支給申請書

ナブテスコグループ健康保険組合 理事長 殿 平成 年 月 日請求

記号		社員コード		被保険者氏名		印	
番号							
被保険者住所		〒					
事業所名							
傷病名		発病・負傷の年月日		平成 年 月 日			
発病・負傷の原因							
傷病の経過							
診療・手当を受けた医療機関名							
診療・手当の内容							
診療・手当の期間		平成 年 月 日から		支払った費用		¥	
		平成 年 月 日まで		日間			
療養の給付を受けることのできなかつた理由							
第三者の行為による傷病届の届出				有 ・ 無			

療養を受けた者が家族であるとき記入するところ

氏名		続柄		生年月日		年 月 日	
----	--	----	--	------	--	-------	--

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考	
----	--

委任状	委任事項	この給付の(住所)受領方を 平成 年 月 日 (氏名) 印 に委任する (被保険者) 印	
	振込先	銀行 支店 当座・普通 番号	

—受付日付印—

(記入上の注意)

- 表題は被保険者が療養を受けたときは「被保険者」、家族が療養を受けたときは「家族」を○で囲んでください。
- 保険証を持たずに受診した場合は、医療機関が発行する診療報酬明細書(開封厳禁)と領収書原本を添付するか、別紙「領収明細書」のどちらかを添付してください。
- コルセットの場合は、意見書、装具装着証明、領収書原本を添付してください。
※靴型装具は、装具(患者が実際に装着する現物)の写真も添付が必要です。所定の台紙に貼付して提出してください。
- 小児眼鏡作成の場合は、作成指指示書の写、領収書原本、検査結果の添付が必要です。

◎被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。また、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。